10 Modelos de Documentos Psicopedagógicos Gratuitos

Apresentação

Prezada(o) Psicopedagoga(o), foi com muito carinho e satisfação que essa material foi organizado. Selecionamos para você os **10 modelos** mais utilizados por **milhares de psicopedagogos e neuropsicopedagogos** em todo **Brasil** e mais de **5 países do exterior**. Sabemos que atualmente ainda é muito difícil conseguir materiais que nos auxilem na prática do dia a dia. Sendo assim, nós da **PsiquEasy**, organizamos um riquissímo material com vários modelos de documentos, assim como orientações que são fundamentais no trabalho psicopedagógico.

Este material contém diversos modelos organizados de modo que você psicopedagogo possa utilizá-los apenas inserindo os dados dos seus pacientes/aprendentes. Podendo também fazer adaptações e melhorias de acordo com suas necessidades.

Atualmente já estão disponíveis dois volumes, totalizando 122 Modelos que são essenciais para a organização dos atendimentos no dia a dia.

O mesmo te possibilitará construir adequadamente seus documentos de atendimento, lembrando que os mesmos em breve estão disponivéis no sistema PsiquEasy, onde você tem a vantagem de gerá-los automaticamente. Essa ferramenta te permite maior fexibilidade e autonomia. Para melhor organização do material organize tudo na ficha do paciente/aprendente na sua conta **PsiquEasy**. Lá você pode **anexar todos os documentos** assim como **testes, imagens** dentre outros utilizados durante as sessões. E se você ainda não tem sua conta PsiquEasy basta acessar o link: https://psiqueasy.com.br

Daliane Oliveira
Psicopedagoga/Escritora /Coach e Consultora da PsiquEasy

RELAÇÃO DOS 10 MODELOS DE DOCUMENTOS PSICOPEDAGÓGICOS E NEUROPSICOPEDAGÓGICOS GRATUITOS

1. INFORME
2. FICHA DE ENCAMINHAMENTO/
3. DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO
4. RELATÓRIO PSICOPEDAGÓGICO
5. LAUDO PSICOPEDAGÓGICO
6. HISTÓRIA DE VIDA
7. ANAMNESE
8. EOCA
9. AUTORIZAÇÃO PARA INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA
10. DEVOLUTIVA

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

INFORME ACOMPANHAMENTO/SESSÕES

Informamos á **(instituição, responsável ou interessado)** que o paciente (aluno) ____ está recebendo acompanhamento psicopedagógico especializado desde o **(DD/MM/ANO)**, para avaliação e diagnóstico psicopedagógico.

OBS: **O informe poderá ser utilizado pelo profissional para diversos tipos de esclarecimento, dentre eles temos:**

- **Informe de Evolução;**
- **Informe de Acompanhamento/Sessões;**
- **Informe de Devolução;**
- **Outros....**

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

[LOCAL/DIA/ANO]

____

Psicopedagoga(o)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical (Se tiver)/Número de Inscrição da ABPp(Se tiver) (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

ENCAMINHAMENTO

À (AO): [nome do profissional, especialidade ou serviço]

Prezado(a) Dr(a):

Encaminho o(a) paciente/aprendente **[nome completo]** que informa/apresenta **[os seguintes dados subjetivos e objetivos mais relevantes ao motivo do encaminhamento, em especial descreva os sinais de alerta e as condições especiais, quando houver]** para avaliação.

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

[Local e data]

___

Psicopedagoga(o)
[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

MODELO 11: DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO

Declaro para os devidos fins que, ____ , aluno da instituição____esta passando por processo de Acompanhamento Psicopedagógico neste estabelecimento, desde o período de ___/____/_____ as ______, para Avaliação e Prognóstico Psicopedagógico com suspeita de ______________________________________. Para melhor desempenho do mesmo, necessitamos do afastamento do Projeto/Atividade____ visto que tal ação demandará de habilidades as quais o referido acima não esta apto para desenvolver até o devido momento. Certa de poder contar com vossa compreensão desde já agradeço. Por ser verdade, firmo o presente.

Coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

[Local e data]

____

Psicopedagoga(o)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

RELATÓRIO

PACIENTE/APRENDENTE:____

NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL:____

ESCOLA: ____**NASC.** _____/_____/______

O presente relatório psicopedagógico tem por objetivo atender pedido de ____, através do qual solicita diagnóstico para _____________________________________. (nome do paciente/aprendente) _____ anos, aluno da escola _________________________________ possui ______________________________________ diagnosticada em ____/____/____ (antes dos ____ anos) pela psicopedagoga _____________________________ através do(s) teste(s)____ com o objetivo de avaliá-lo(a) para uma devida adequação em ___________________________________ compatível com seu nível intelectual.

O teste____ **(relatar teste(s) utilizado(s) para avaliação).** Conforme o teste _______________________________ para **diagnóstico ou tratamento** de ________________________________, o (nome do paciente/aprendente) apresentou _______________________________________ sendo considerado ____, sendo classificado como _______________________________________. Através de observação direta de comportamento durante a execução do(s) teste(s), o (nome do paciente/aprendente) apresentou ____, dificuldades _____________________________________, dificuldade com ________________________________, bom nível de ____________________________, ____.

No decorrer do ano de _________, através de observação direta do comportamento, relato de professores e dos pais, o (nome do paciente/aprendente) apresentou ____

____

Esse tipo de ____ caracteriza-se por ____
____.

A avaliação psicopedagógica conclui que o ____
____
____
____.

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

[Local e data]

____
Psicopedagoga(o)
[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

LAUDO PSICOPEDAGÓGICO

Descrição da Demanda

Em decorrência de.......

Procedimento

Foram realizados entrevistas e aplicação de testes psicopedagógicos em ____ encontros de ______ hora de duração em dias alternados.

Análise

Nas primeiras sessões de avaliação, o(a) paciente/aprendente demonstrou......

Conclusão

Através dos dados analisados nas sessões realizadas percebeu-se que.....

Diagnóstico: O paciente apresenta ...., CID-10: ...... + ... Encaminhamentos: Encaminhado para tratamento .... e acompanhamento ....

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

[Local e data]

____

Psicopedagoga(o)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

HISTÓRIA DE VIDA

Data: ___/___/___

Compareceram à entrevista: ____

Nome do paciente/aprendente: ____

Escolaridade: ____ Idade: _________

CONCEPÇÃO:

Como era composta a família na época da concepção? _______________________________

Idade dos pais na época: Mãe: _________________________ Pai:__________________

Tipo Rh: Mãe: ___________ Pai: _________________ Criança:__________________

Número de gestações anteriores _____ Abortos? ______ Naturais:________ Provocados:________

Perdeu algum filho? ___________ Antes ou depois do paciente? Como? __________________

____

GRAVIDEZ

Como foi a aceitação das famílias? ____

A gravidez foi planejada? Por ambos? ____

Fez tratamento pré-natal? ____

Sofreu acidentes, quedas? ____

Teve alguma doença na gestação? ( ) rubéola ( ) toxoplasmose ( ) sífilis ( ) Outra ____

Tomou alguma medicação? Qual? ____

Enjoo? _________________ Bebeu ou fumou? __________________________________

Exposição a RX? ____

Qual era a situação econômica do casal na época? ____________________________________

Já tinham outros filhos?____

A mãe trabalhava fora durante a gravidez? ____

O casal ou alguém na família de ambos possui alguma doença hereditária? ___________________

____

PARTO

Local:____

( ) Cesáreo ( ) normal ( ) outros ____

Algum problema no parto? ____

Peso: ___________ Comprimento: ____

Teve icterícia?____

ALIMENTAÇÃO:

Como se deu a alimentação?____

Mamou no seio? Se não, por quê? ____

Se mamou, até quando?____

Como se sentia ao amamentar? ____

Tomou mamadeira até quando? ____

Aceitou bem a alimentação pastosa? ____

Aceitou bem a alimentação sólida? ____

Usa copo?_______________ Alimentação atual (tipo, preferências, apetite, posição, mastigação) :

____

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

(Retardo, diabetes, síndromes, doenças nervosas, epilepsia)

____

____

DOENÇAS NA INFÂNCIA:

( ) Sarampo: ________________________________ ( ) Dores de Ouvido:__________________

( ) Cólicas: _________________________________ ( ) Catapora: _______________________

( ) Caxumba: ________________________________ ( ) Rubéola:_________________________

( ) Coqueluche: _____________________________ ( ) Meningite: ________________________

( ) Desidratação: ___________________________ ( ) Otite: _____________________________

( ) Adenoides: ______________________________ ( ) Amigdalites:______________________

( ) Alergias: ______________________________( ) Acidentes: _________________________

( ) Convulsões: _____________________________ ( ) Febres: ____________________________

( ) Internações: _____________________________ Quanto tempo? _______________________

( ) Cirurgias? ____________________________ Idade: ___________________________________

( ) Quedas e traumatismos: ____

( ) Complicação com alguma vacina? ____

( ) Audição e Visão: _________________________ Usa óculos? Leva pra escola? ____________

SONO

( ) Tranquilo ____

( ) Agitado. Quando? ______________________________Frequência? _______________________

( ) Ranger dentes ( ) Terror noturno ( ) Sonambulismo ( ) Enurese ( ) Fala

( ) Dorme sozinho ( ) Dorme com alguém. Com quem? _______________________________

Até quando dormiu com os pais? ____

Como foi a separação ? ____

( ) Hábitos especiais (presença de alguém, chupeta, brinquedos, embalo, chupa dedo, etc.) ____

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Com que idade sustentou a cabeça? _______________ Com que idade sentou? ________________

Com que idade engatinhou? _________________________ Forma de engatinhar? _______________

Com que idade começou a andar? ___________________________ Caía muito?________________

Deixa cair as coisas? _____________________ Esbarra muito?____________________________

Acredita que apresenta alguma dificuldade motora? _____________________________________

CONTROLE DE ESFÍNCTERES

Controle vesical (bexiga)? ____

Controle anal (fezes)? ____

Foi difícil, Tranquilo, houve alguma pressão da família? _________________________________

____

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

Balbucios: _______________________________ Quando começou a falar? __________________

Demorou? Como os pais reagiram? ____

Apresentou problema na fala? Quais? ____

Compreende ordens? ____

Presença de bilinguismo em casa? ____

Como a criança se comunica? ____

Apresenta salivação no canto da boca? ____

ESCOLARIDADE

Com que idade entrou na escola? _________________ Adaptou-se bem ? ____________________

____

Método de alfabetização: ____

Mudou-se de escola, em que série e qual idade? ____

Escola atual: ____

Método de alfabetização: ____

Série e turno: ________________ Professora: ____

Faz as tarefas sozinho? Com quem? ____

Como é o momento das lições? Tem horário? Rotina? ____________________________________

Como é a escola na opinião dos pais? ____

____

O que vocês acham das tarefas? ____

Algum fato importante na vida escolar? ____

Quais as queixas mais frequentes?____

Tem dificuldades para:

( ) Ler ( ) Escrever ( ) Coordenação Motora ( ) Contar ( ) Calcular ( ) Atenção
( ) Esquece o que aprende ( ) Troca letras na leitura ou na escrita ( ) Letra ilegível
( ) Concentração

____

Conhece:

( ) Cores ( ) Números ( ) Dinheiro ( ) Letras ( ) Sabe recortar? ( ) Sabe os dias da semana? ( ) Meses do ano?

Apresenta tiques? ____

Como pega o lápis? ____

Escreve muito forte ou muito fraco? ____

Como vocês acham que começou o problema? A que fatores atribuem? ____________________

____

Outras questões: ____

COMPORTAMENTO:

Humor habitual: ____

Prefere brincar sozinho ou em grupos? ____

Estranha mudanças de ambiente? ____

Adapta-se facilmente ao meio?____

Tem horários?____

É líder? ____

Aceita bem ordens? ____

Faz birras? Chora com frequência? ____

De que forma é punido? ____

Pratica esportes? ____

Apresente agressividade, apatia ou teimosia?____

Tem algum medo? Qual? ____

Quais as brincadeiras e brinquedos favoritos?_______________________________________

Quem cuidava da criança até os 3 anos? E posteriormente? ___________________________

____

Como a criança se comporta? Sozinha: ____

Em família?____

Com outras pessoas? ____

Com quem ele mais gosta de ficar e por quê? _____________________________________

Em que momento, a criança encontra a família? ___________________________________

Que tipos de perdas já enfrentou?(separação, falecimento, outros) Em que idade?_____________

____

Já ouvi conflitos familiares? A criança presenciou ou presencia? _______________________

____

Assiste TV em demasia? Quais programas favoritos? ________________________________

De que forma o pai e a mãe se relacionam com a criança, em que horário brincam ou fazem alguma atividade de lazer? ____

____

Como se relaciona com irmãos?____

Como se relaciona com colegas e professores? ____________________________________

SEXUALIDADE

Curiosidade sexual? Quando começou? ____

Tipos de perguntas: ____

Fase de masturbação: ____

Atitude da família: ____

INDEPENDÊNCIA

(SE FOR ADOLESCENTE OU ADULTO ANOTAR A IDADE EM QUE COMEÇOU REALIZAR A ATIVIDADE SOZINHO?

Vestir (S) (N)   Abotoar (S) (N)   Fechar (S) (N)   Banho (S) (N)   Pentear (S) (N)

Amarrar cadarços (S) (N)   Escovar os dentes (S) (N)   Comer (S) (N)   Calçar (S) (N)

HÁBITOS

Rói unhas?___________________________________ Tem tiques nervosos? ____________________

Alguma mania repetitiva? (TOC) ____

Tem movimentos rítmicos? ____

Chupa dedo ou bico? ____

Tem ou tinha algum objeto como cheirinho ou outro para dormir, levar para escola? _____________

____

Outros? ____

OUTROS

Como a família vê o problema? ____

____

Como o casal age em função da criança? ____

____

Como os pais se veem: permissivos, autoritários, equilibrados? ______________________________

____

Como são colocados os limites para a criança no seu cotidiano? ______________________________

____

INFORMAÇÕES GERAIS FAMILIARES

Situação econômica? ____

Situação cultural:____

Livros (frequência) ____________________ Cinema (frequência) ___________________________

Estimulo cultural? Quais? ____________________ Hábitos de lazer? _______________________

Constância de diálogos: ____

Fazem refeições juntos? Quais? ____

Algum vício na família? (drogas, alcoolismo) ____

Análise da entrevista: ____

____

Encaminhamentos:____

____

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

[Local e data]

____

Psicopedagoga(o)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

ANAMNESE

ENSINO FUNDAMENTAL

O histórico do aluno é uma ficha desenvolvida com o objetivo de conhecer e entender melhor o (a) aluno (a), e isso só poderemos obter através de informações fornecidas pelos senhores. Todos os alunos têm um arquivo individual. Suas informações serão importantes e valiosas para que juntos, possamos desenvolver um bom trabalho. Certo de sua colaboração, agradecemos desde já.

1. IDENTIFICAÇÃO

- Nome do aluno (a) ____
- Sexo: ( ) M ( ) F Idade:_____________________ Data de Nascimento:____/______/________
- Religião: ____

2. DADOS FAMILIARES:

- Nome do Pai: ____
- Nome da Mãe: ____
- Responsável pelo(a) aluno(a):____
- Nº de irmãos/sex/idades: ____
- Posição no bloco familiar:____
- Pais: ( ) Casados ( ) Separados ( ) Separados com nova estrutura familiar.
- Reação da criança à situação: ____

3. HISTÓRICO DA ESCOLARIDADE:

- Início da escolarização: ____
- Recebe apoio pedagógico em casa? De quem?__________________________________
- Apresenta alguma dificuldade____
- Caso tenha sido percebido, o aluno foi avaliado por algum profissional? ( ) Sim ( ) não
- Qual? ____
- De que Área?____
- Ainda faz acompanhamento de um profissional específico? Ou tem apoio pedagógico especializado (Professor particular, Psicopedagogo)?
- Repetiu alguma série?
  ____
- Que disciplinas o aluno se interessa mais e/o possui maior facilidade para aprender?__________
  ____

- Que disciplinas o aluno não tem interesse e/ou possui dificuldade? ________________________
- Faz atividades extraescolares? Quais? ____

4. **ASPECTOS MOTORES**

- Apresenta alguma dificuldade de locomoção, postura e/ou coordenação? (   ) Sim   (   ) Não
- O desempenho nas aulas de educação física é bom? Possui interesse por essa disciplina? (   ) Sim (   ) Não
- Apresenta boa coordenação motora fina (preensão do lápis, uso da tesoura, desenho)? (   ) Sim (   ) Não.

5. **ASPECTOS PERCEPTIVOS**

- Apresenta alguma dificuldade para enxergar? (Aproxima objeto dos olhos, franze a testa, etc.) (   ) Sim   (   ) Não

Especificar____

- Aparenta ter dificuldade para ouvir? (Necessita que se repita uma explicação dada anteriormente, etc) (   ) Sim   (   ) Não. Especificar____
- É desatento? (   ) Sim   (   ) Não. Especificar____
- É agitado? (   ) Sim   (   ) Não. Especificar____

6. **ASPECTOS EMOCIONAIS**

(   ) Tranquilo   (   ) Ansioso   (   ) Seguro   (   ) Alegre   (   ) Queixoso   (   ) Intolerante

7. **SOCIABILIDADE**

- Faz amigos com facilidade? (   ) Sim   (   ) Não
- Prefere fazer trabalho sozinho ou em grupo? (   ) Sozinho   (   ) Grupo.
- Possui baixa tolerância a frustração? (   ) Sim   (   ) Não
- Ajuda os colegas quando necessário? (   ) Sim   (   ) Não
- Adapta-se facilmente a novos grupos de trabalho ? (   ) Sim   (   ) Não
- Mantém contato com os colegas de sala fora da escola ? (   ) Sim   (   ) Não
- Possui rede de contatos virtuais? Interage através de E-mail, Facebook, etc? (   ) Sim (   ) Não.

8. **ATITUDES SOCIAIS PREDOMINANTES:**

(   ) Obediente   (   ) Independente   (   ) Comunicativo   (   ) Agressivo   (   ) Cooperador

9. **SONO:**

(   ) Insônia   (   ) Pesadelos   (   ) Hipersonia (excesso de sono)

10. Medidas disciplinares empregadas pelos pais

____

____

11. Como seu (sua) filho (a) reage quando é contrariado (a), e qual a sua atitude nesta ocasião?

____

____

12. Saúde

Apresenta problemas neurológicos? Qual ? ____
Faz acompanhamento médico (   ) Psicológico (   ) Outro ______________________________

13. O aluno (a) necessita de apoio educacional especial? (   ) Sim (   ) Não. Caso a resposta seja positiva justifique-a: ____

Outras Ocorrências: ____

(Local/data)

____
Assinatura do Responsável

____
Psicopedagoga(o)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

EOCA – ENTREVISTA OPERATIVA CENTRADA NA APRENDIZAGEM

MATERIAIS SOBRE A MESA: folhas lisas de ofício, folhas pautadas, lápis novo sem ponta, apontador, caneta esferográfica, borracha, tesoura, papéis coloridos (10 x 10cm), régua, revistas e livros, canetas hidrográficas, cola, grampeador.

- Gostaria que você me mostrasse o que sabe fazer, o que lhe ensinaram e o que você aprendeu.

- Esse material é para que você use, se precisar, para me mostrar o que lhe falei e o que eu queria saber de você.

Levantamento de Dados:

Nome:____
Idade____
Escolaridade do aluno: ____
Alguma repetência? ( ) sim ( ) não Qual?_____________________________________
Disciplina favorita? ____
Por quê ?____
Desde quando?____
Disciplina de que não gosta?____
Por quê?____
Desde quando?____
Disciplina(s) indiferente(s)____
Sempre foram essas? ( ) sim ( ) não Por quê?__________________________________
O que deseja fazer quando crescer?____
Por quê?____
Como foi sua entrada na escola atual?_______________________________________
Teve outras? ( ) sim ( ) não Como foi?_______________________________________
Você sabe por que está aqui comigo hoje? ( ) sim ( ) não
O que achou da ideia?____
Você quer estar aqui ou veio porque sua mãe, o colégio ou o seu professor o obrigou?
____
Eles têm razão? ( ) sim ( ) não
Se pudesse e tivesse que fazer algo para um aluno que se parecesse com você em sala de aula, o que aconselharia, a fazerem:
Aos pais:____
Aos Professores:____
Você gosta de:
Use este material, se precisar para mostrar-me o que você sabe a respeito do que sabe fazer, do que lhe ensinaram e o que aprendeu. **Desenhe, escreva, faça alguma coisa que lhe venha à cabeça.**

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Marque as questões observadas.

Em relação à temática:

( ) fala muito durante todo o tempo da sessão.
( ) fala pouco durante todo o tempo da sessão.
( ) verbaliza bem as palavras.
( ) expressa com facilidade.
( ) apresenta dificuldades para se expressar verbalmente.
( ) fala de suas idéias, vontades e desejos.
( ) mostra-se retraído para se expor.
( ) sua fala tem lógica e sequência de fatos.
( ) parece viver num mundo de fantasias.
( ) tem consciência do que é real e do que é imaginário.
( ) conversa com o terapeuta sem constrangimento.

Observação: ____

Em relação à dinâmica (consiste em tudo que o cliente faz)

( ) o tom de voz é baixo
( ) o tom de voz é alto
( ) sabe usar o tom de voz adequadamente
( ) gesticula muito para falar
( ) não consegue ficar assentado
( ) tem atenção e concentração
( ) anda o tempo todo
( ) muda de lugar e troca de materiais constantemente
( ) pensa antes de criar ou montar algo
( ) apresenta baixa tolerância à frustração
( ) diante de dificuldades desiste fácil
( ) tem persistência e paciência
( ) realiza as atividades com capricho
( ) mostra-se desorganizado e descuidado
( ) possui hábitos de higiene e zelo com os materiais
( ) sabe usar os materiais disponíveis, conhece a utilidade de cada um
( ) ao pegar os materiais, devolve no lugar depois de usá-los
( ) não guarda o material que usou
( ) apresenta iniciativa
( ) ocupa todo o espaço disponível
( ) possui boa postura corporal
( ) deixa cair objetos que pega
( ) faz brincadeiras simbólicas
( ) expressa sentimentos nas brincadeiras
( ) leitura adequada à escolaridade
( ) interpretação de texto adequada à escolaridade faz cálculos

( ) escrita adequada à escolar

Observação: ____

Em relação ao produto (é o que o sujeito deixa registrado no papel)
( ) desenha e depois escreve
( ) escreve primeiro e depois desenha
( ) apresenta os seus desenhos com forma e compreensão
( ) não consegue contar ou falar sobre os seus desenhos e escrita
( ) se nega a descrever sua produção para o terapeuta
( ) sente prazer ao terminar sua atividade e mostrar
( ) demonstra insatisfação com os seus feitos
( ) sente-se capaz para executar o que foi proposto
( ) sente-se incapaz para executar o que foi proposto
( ) os desenhos estão no nível da idade do entrevistado
( ) prefere matérias que lhe possibilite construir, montar criar'
( ) fica preso no papel e lápis
( ) executa a atividade com tranquilidade
( ) demonstra agressividade de alguma forma em seus desenhos e suas criações ou no comportamento
( ) é criativo(a)

Observações: ____
____
____
____
____
____

____/___/_____

____

Psicopedagogo(a)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

ENTREVISTA OPERATIVA CENTRADA NA APRENDIZAGEM/E.O.C.A

NOME: ____IDADE:_________
DATA: _____/____/____ HORÁRIO: ______________À_______________
OBSERVADOR:____

ANOTAÇÕES	HIPÓTESES

OBSERVAÇÕES:
____
____
____

____
Psicopedagogo(a)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)

AUTORIZAÇÃO

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

AUTORIZAÇÃO PARA INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA – Mod.01

Nome Completo:

Professor(a) de Educação Especial:

Agrupamento de Escolas de:

Exmo(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação

Assunto: Autorização para uma **Intervenção Psicopedagógica** na área da ________________ junto do educando (NOME COMPLETO).

Exmo(a) Sr(a):.

No âmbito do (curso tal), venho por este meio solicitar a Vª Exa. a autorização para a efetuação de uma **Intervenção Psicopedagógica** junto do seu educando-__________________________.

Com este procedimento, pretendo **avaliar** ______________________________________ através de ____.

Será sempre respeitada a confidencialidade dos dados acerca do educando. Os dados recolhidos e a sua análise, serão manuseados de forma sigilosa.

Desde já muito obrigada pela cooperação e atenção dispensada.

Coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

[Local/Dia/Ano]

____

Psicopedagoga(o)

[Nome completo/CBO/Inscrição Sindical/Número de Inscrição da ABPp (carimbo, impressão ou de próprio punho)]

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro tipo de contato, CNPJ

MODELO DE DEVOLUTIVA_15

Data de Nascimento:
Período de Avaliação:
Escola:
Série: **Validade: 06 meses**

DEVOLUTIVA – (*Portador de Necessidades Especiais*)

A paciente foi encaminhada para este espaço pelo **(Descrever)** com a seguinte queixa: **(Descrever).** Histórico familiar **(Descrever)**, as mesmas de 40 minutos, 1 vez por semana.

Foram utilizados alguns jogos pedagógicos como: **(Descrever)**. Assim ficou evidente através das XX terapias que a aprendente apresenta fortemente:

DÉFICITS NO SISTEMA MOTOR FINO E GROSSO **(Descrever)**

DIFICULDADES DE FALA E DE LINGUAGEM **(Descrever)**

DÉFICIT DE MEMÓRIA AUDITIVA RECENTE E NA HABILIDADE DE PROCESSAMENTO AUDITIVO **(Descrever)**.

CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO MAIS CURTA **(Descrever)**.

GENERALIZAÇÃO, PENSAMENTO ABSTRATO E RACIOCÍNIO **(Descrever).**

CONSOLIDAÇÃO E RETENÇÃO **(Descrever)**.

ESTRUTURA E ROTINA **(Descrever)**.

Os dados colhidos até agora nos sinaliza que:

1. A aprendente não obteve **(Descrever)**. A ajuda de profissionais como **(Descrever)**.
2. A escola – Direção - Coordenação - Professor e toda a equipe - **(Descrever)**.
3. A família **(Descrever)**.

Segue abaixo recomendações pertinentes, ao professor / escola e família no que tange aos ajustes que precisam ser oferecidas ao paciente.

Orientação á Escola:

O objetivo principal é **(Descrever)**.
O trabalho com a criança deve se centrar no **(Descrever)**.

O foco principal da ajuda adicional nos primeiros anos deve ser aprender as regras do comportamento social adequado.

ESTRATÉGIAS:

- ✓ Reconhecer as principais rotinas do dia.
- ✓ Aprender a participar e responder apropriadamente.
- ✓ Responder a perguntas e instruções dadas oralmente.
- ✓ Aprender a respeitar a vez de cada um, dividir, dar e receber.
- ✓ Aprender a fazer fila.
- ✓ Aprender a sentar no chão e ou na cadeira em círculo, bem como ouvir na hora da roda de conversa e ou hora do conto.
- ✓ Aprender comportamentos apropriados.
- ✓ Aprender as regras da escola e da classe, tanto as formais quanto as informais.
- ✓ Trabalhar independentemente.
- ✓ Trabalhar em cooperação com os outros.
- ✓ Fazer e manter amizades.
- ✓ Desenvolver de habilidades de autoajuda e tarefas práticas.
- ✓ Tomar conta, se preocupar com os outros.

Assim é fundamental o aconselhamento a família, que deve considerar, sobretudo **(Descrever)**. Os pais e familiares do portador da síndrome necessitam de informações sobre a natureza e extensão da excepcionalidade, quanto aos recursos e serviços existentes para a assistência, tratamento e educação, e quanto ao futuro que se reserva ao portador de necessidades especiais. Assim se faz necessário:

- ✓ Acompanhamento escolar dos pais,
- ✓ Realização de atividades extraescolares;
- ✓ Propor uma rotina familiar e para a escola;
- ✓ Determinar hora do estudo em casa;
- ✓ Assiduidade na escola e em outras instituições que realiza acompanhamento;
- ✓ Buscar ajuda junto à secretaria de assistência social e saúde para suprir as necessidades de saúde física e mental da aprendente;
- ✓ Promoverem e cria-pai/mãe- regras/limites para a aprendente.

Concluo que mediante ao observado nas XX sessões de terapia psicopedagógica a aprendente necessita de uma reavaliação **(com o profissional)** urgente, bem como acompanhamento **(com o profissional)** e **(com o profissional)** permanente.
Coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome Completo do(a) Profissional
Psicopedagoga CBO 2394-25 Especialista em xxxx
/xxxxxxx@gmail.com.br Salvador– BA 11/12/2019/(71) 9.9369-212

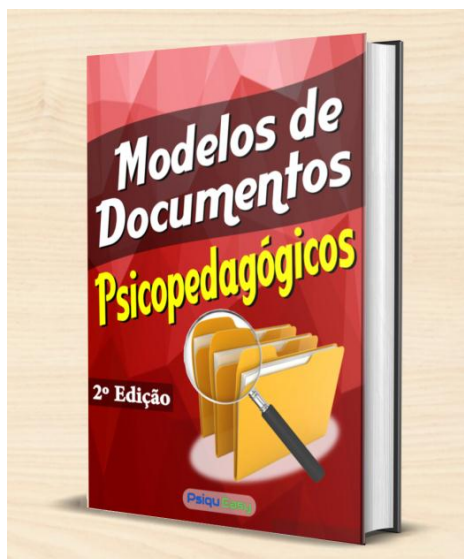
Apostila com mais de 60 Modelos de Documentos Psicopedagógicos

RELAÇÃO DOS MODELOS DE DOCUMENTOS Pp

1. INFORME
2. INFORME DE EVOLUÇÃO
3. INFORME DE DEVOLUÇÃO.02
4. INFORME DE DEVOLUÇÃO.03
5. INFORME DE DEVOLUÇÃO.04
6. FICHA DE ENCAMINHAMENTO
7. ENCAMINHAMENTO-A
8. ENCAMINHAMENTO/ENTREVISTA INICIAL COM O PROFESSOR
9. AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA INICIAL/COM O PROFESSOR
10. ENCAMINHAMENTO-B
11. ENCAMINHAMENTO-B
12. DEVOLUTIVA
13. DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO
14. DECLARAÇÃO
15. DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO
16. RELATÓRIO PSICOPEDAGÓGICO
17. RELATÓRIO PSICOPEDAGÓGICO
18. RELATÓRIO PSICOPEDAGÓGICO
19. RELATÓRIO INDIVIDUAL DE AEE
20. DICAS PARA ESCREVER RELATÓRIO PSICOPEDAGÓGICO
21. RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO ESCOLAR
22. LAUDO PSICOPEDAGÓGICO
23. HISTÓRIA DE VIDA
24. ANAMNESE-A
25. ANAMNESE-B
26. ANAMNESE-C
27. ANAMNESE-D

28. ANAMNESE-E
29. AUTORIZAÇÃO
30. NORMAS DE FUNCIONAMENTO DOS ATENDIMENTOS
31. E.O.C.A-A
32. E.O.C.A-B
33. AVALIAÇÃO – EOCA
34. E.O.C.A – ENTREVISTA OPERATIVA CENTRADA NA APRENDIZAGEM-C
35. E.O.C.A-D
36. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS
37. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – PAR EDUCATIVO
38. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – A PLANTA DA SALA DE AULA
39. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – A PLANTA DA MINHA CASA
40. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – FAMÍLIA EDUCATIVA
41. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – OS QUATRO MOMENTOS DE UM DIA
42. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – O DIA DO MEU ANIVERSÁRIO
43. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – MINHAS FÉRIAS
44. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – FAZENDO AQUILO QUE MAIS GOSTO
45. PROTOCOLO DE PROVAS PROJETIVAS – O DESENHO EM EPISÓDIO
46. DADOS PARA SESSÃO DEVOLUTIVA
47. 01
48. ANAMNESE COMPLETA DO ADULTO
49. ANAMNESE INFANTIL
50. ANAMNESE IDOSO
51. AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES BÁSICAS PARA APRENDIZAGEM
52. FICHA DE AVALIAÇÃO EDUCACIONAL DO ALUNO
53. AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DO ALUNO
54. ROTEIRO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA PSICOPEDAGÓGICA
55. GUIA DE OBSERVAÇÃO PARA PROFESSORES
56. PROVAS DE DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO
57. ENTREVISTA CONTRATUAL
58. PDI
59. RELATÓRIOS DE AVALIAÇÃO EM ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO
60. MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS (M-CHAT)
61. FICHA DE OBSERVAÇÃO/DIAGNÓSTICO DO (A) ALUNO(A) – DISLEXIA
62. FICHA DE OBSERVAÇÃO/DIAGNÓSTICO DO (A) ALUNO(A) – DISGRAFIA
63. FICHA DE OBSERVAÇÃO/DIAGNÓSTICO DO (A) ALUNO(A) – DISCALCULIA
64. FICHA DE OBSERVAÇÃO/DIAGNÓSTICO DO (A) ALUNO(A) – DISORTOGRAFIA
65. FICHA DE OBSERVAÇÃO LÚDICA
66. FICHA DE CADASTRO
67. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAL – PP

Acesse o link para obter mais informações: https://blog.psiqueasy.com.br/2019/07/04/apostila-com-mais-de-60-modelos-de-documentos-psicopedagogicos/

Modelos de Documentos Psicopedagógicos vol.02

Conheça a relação dos modelos:

1. Autorização para Intervenção Psicopedagógica – Mod.01
2. Autorização para Intervenção Psicopedagógica – Mod.02
3. Ficha de Entrevista com o Paciente/Aprendente
4. Questionário de Identificação do Perfil do Aprendente/Paciente
5. Interpretação do Questionário – Perfil do Aluno
6. Questionário TDAH-Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
7. SNAP-IV – A.B.D.A – Questionário Escolar e Familiar – Crianças e Adolescentes
8. (Levantamento de Indicativos de Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade)
9. Ficha de Observação do Aprendente /Paciente
10. Relatório de Dificuldade em Leitura e Linguagem
11. Ficha de Observação e Levantamento de Dados – Creche
12. Observações Importantes para Elaboração de Relatório
13. Relatório Individual / Educação Infantil- (Modelo Preenchido)
14. Relatório Individual / Educação Infantil -(Para Preencher)
15. Relatório com Parecer Final do Aluno (a)-(Modelo Preenchido)
16. Relatório com Parecer Final do Aluno (A)-Relatório Individual De Aluno (Educação Infantil)
17. Relatório Individual de Aluno (Educação Infantil)-(Modelo Preenchido)
18. Relatório Individual de Aluno (Educação Infantil)-(Para Preencher)
19. Relatório Descritivo Final – Educação Infantil – (Modelo Preenchido)
20. Relatório Descritivo Final – Educação Infantil (Para Preencher)
21. Relatório Descritivo da Criança – (Modelo Preenchido)
22. Relatório Descritivo da Criança – (Para Preencher)
23. Relatório Semestral / Educação Infantil-(Modelo Preenchido)
24. Relatório Semestral / Educação Infantil-(Para Preencher)
25. Relatório 2º Semestre
26. Ficha Para Aluno-(Que não tem dificuldade)
27. Ficha Para Aluno-(não alfabetizado, mas desinteressado e com dificuldade em socializar bem)
28. Ficha Para Aluno-(não alfabetizado, mas interessado)
29. Ficha Para Aluno-(Parcial)

30. Relatório Descritivo Deficiência Intelectual(Modelo Preenchido)
31. Relatório Descritivo Deficiência Intelectual(Para Preencher)
32. Relatório Descritivo Autista
33. Relatório Descritivo Deficiência Multipla
34. Relatório Descritivo Síndrome De Down
35. Sugestões de Relatório
36. 1ª Avaliação Descritiva
37. Sugestões de Palavras e Expressões para Uso em Relatórios – Você Pensa /Você Escreve
38. Ficha de Auto Avaliação
39. 17 Modelos de Devolutivas
40. Entrevista com o Aprendente/Paciente
41. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Trajetória Escolar)
42. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Avaliação da Escola)
43. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Na Sala de Aula)
44. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Ano Letivo)
45. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Professores/Educadores)
46. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Utilização do Tempo)
47. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Acompanhamento)
48. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(História de Vida Educacional – Leitura/Interpretação e Compreensão)
49. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(Levantamento de Informações Sobre: Sua Família e Sua Casa)
50. Levantamento de Informações do Aprendente/Paciente-(Levantamento de Informações Sobre Sua Vida Pessoal)
51. Questionário de Investigação para Jovens
52. Roteiro de Entrevista com os Pais – Investigação Diagnóstica
53. Entrevista com Pais ou Responsáveis
54. Questionário sobre Dificuldades Comunicativas-(Percebidas por Pais de Crianças do Espectro do Autismo)
55. Dificuldades Comunicativas percebidas por Pais de Crianças do Espectro do Autismo-Divisão dos Quatro Domínios

São **55 modelos em 153 páginas** feitas pensando na dificuldade que **milhares de profissionais** tem tido em **elaborar ou encontrar modelos** que são utilizados constantemente em suas sessões.